

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 287

Le Traitement des Prolapsus du Rectum

par la Méthode de Thiersch

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GUILLERMIN

né à Lille, le 6 Janvier 1892.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

—
1920

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 287

Le Traitement des Prolapsus du Rectum par la Méthode de Thiersch

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GUILLERMIN

né à Lille, le 6 Janvier 1892.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ Dôyen.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESTUT,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
		ROQUE
		BARD
Cliniques Chirurgicales	{	TIXIER
		BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FABRE
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique de maladies cutanées et syphilitiques.....		NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		LEPINE
Clinique des maladies des enfants.....		WEILL
Clinique des maladies des femmes.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie, physiothérapie.....		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....		MOREL
Matière médicale et Botanique.....		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		GUIART
Anatomie		LATARJET
Anatomie générale et Histologie.....		POLICARD
Physiologie		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOT
Médecine opératoire		VILLARD,
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING F.
Médecine légale		Etienne MARTIN
Hygiène		COURMONT (P.)
Thérapeutique		PIC
Pharmacologie.		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agré
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	X...	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	Chargés des fonctions d'agré
BARRAL	BRETIN	SAVY	MM.
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, Président; M. PATEL, Assesseur;
M. THÉVENOT Léon, Prof. agrégé; M. TAVERNIER, Prof. agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma pro-
fonde affection.

A LA MÉMOIRE
DE MES FRÈRES ROBERT ET GEORGES
MORTS POUR LA FRANCE EN 1918

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DE COMBAT,
LES AIDES-MAJORS
GASTON HÉBRARD ET GEORGES BILLOT
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR
à ceux du G. B. D. 5, des 36^e et 129^e Régiments d'Infanterie

À MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Lyon.

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse, hommage de res-
pectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a inspiré ce travail.
Il fut pendant tout le cours de
nos études un maître très ac-
cueillant. Son enseignement,
ses conseils, ses attentions à
notre égard resteront parmi
les meilleurs souvenirs de
notre vie universitaire.

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Un cas heureux de cerclage de l'anus dans un prolapsus du rectum, observé dans le service de M. le Professeur agrégé TAVERNIER, a été le point de départ de ce travail. Cette méthode de traitement des prolapsus n'est pas nouvelle. Créée par THIERSCH en 1891, qui en fixa la technique dans une communication faite à Halle au congrès des naturalistes et médecins allemands; elle consiste à passer autour de l'anus, sous la peau, un simple fil d'argent que l'on serre sur un doigt introduit dans le rectum de façon à constituer un anneau métallique destiné à maintenir le prolapsus.

Cette intervention, d'une grande simplicité, arrivant à une époque où certes les traitements ne manquaient pas, mais étaient d'application délicate, quelquefois dangereux, souvent infidèles provoqua, du moins en Allemagne son pays d'origine, un véritable engouement. De nombreuses observations en sa faveur furent publiées, notamment par LUCKE, VON BRAMANN, VON ANGERER, ROTTER.

Quelques années plus tard, en Amérique, PLATT lan-

gait comme une opération personnelle un cerclage ne différant que par quelques détails de la méthode de THIERSCH et obtenait le même succès auprès des chirurgiens américains.

En France, ce mode de traitement fit si peu de bruit que lorsqu'en 1903, dans sa thèse, LENORMANT émit de grosses réserves sur sa valeur curative, il s'appuya sur des observations allemandes. Cette indifférence venait-elle de ce que ce traitement cadrait mal avec les théories pathogéniques en faveur à cette époque? Ou fallait-il l'imputer à l'absence de valeur démonstrative des observations allemandes? Il est bien difficile de le dire. Quoi qu'il en soit, cette opération, tentée en de rares occasions, fut l'objet en 1906 d'une communication de PICQUÉ à la Société de Chirurgie de Paris. Réunissant une trentaine d'observations, il les analysa sans porter un jugement définitif sur cette intervention. Depuis, en 1913, à propos d'une présentation de malade de PROUST une discussion importante s'élevait à la Société de Chirurgie de Paris entre QUÉNU, MAUCLAIRE, OMBRÉDANE, SAVARIAUD, DELBET, BROCA, MONTPROFIT qui mettait en évidence les avantages du cerclage en particulier dans les rares cas où une intervention est nécessaire chez l'enfant. Enfin, deux thèses de Toulouse, reflétant les idées du Professeur JEANNEL, parurent sur ce sujet; s'attachant surtout au côté pathogénique de la question, elles font du cerclage un adjuvant du traitement de la rectite qui pour JEANNEL est la cause de tout prolapsus. Dans notre travail nous plaçant à un autre point de vue, après un premier chapitre consacré à des généralités sur le prolapsus, un deuxième concernant la technique

et le mode d'action du cerclage nous aborderons la discussion des observations que nous avons pu réunir. Neuf sont inédites, nous les devons à l'obligeance de MM. le Professeurs agrégés TAVERNIER, COTTE et LARROYENNE à qui nous adressons nos remerciements. Quinze ont été recueillies dans la littérature médicale parue depuis 1906. Nous nous efforcerons de tirer de ces vingt-quatre observations les enseignements qu'elles comportent.

CHAPITRE I

Le Prolapsus rectal

CLASSIFICATION ET GÉNÉRALITÉS

Adoptant la classification anatomique et clinique de CRUVEILHIER modifiée par GROSS et GOSSELIN nous distinguerons :

1° Le prolapsus partiel ou prolapsus muqueux, dans lequel la muqueuse ano-rectale glissant sur la musculuse vient faire saillie hors de l'anus, ce glissement se produisant grâce à la couche cellulaire sous-muqueuse devenue plus extensible pour une cause quelconque (tiraillements dans l'effort, rectite, etc.);

2° Le prolapsus total ou prolapsus complet ou invaginé dans lequel la totalité des tuniques du rectum est intéressée pour venir faire saillie au dehors.

Plusieurs variétés sont ici à distinguer. Supposons la partie supérieure du rectum s'invaginant dans l'infé-

rière, il arrive un moment où cette partie supérieure se présentera à l'orifice anal ménageant entre elle et l'anus un sillon plus ou moins profond suivant que la partie supérieure s'invaginant est plus ou moins descendue en entraînant la paroi rectale située plus bas. Dans ce cas, une coupe pratiquée au niveau de l'anus rencontrera en allant de dehors en dedans, la paroi rectale inférieure en place et les deux parois de l'invagination rectale, ce qui donnera la variété d'invagination à trois cylindres.

Supposons maintenant que l'invagination précédente s'accroisse, la profondeur du sillon circonferenciel qui se trouve à la limite de l'invagination et de la paroi rectale inférieure en place diminuera jusqu'à ce que ce sillon n'existe plus. A ce stade, une coupe pratiquée comme précédemment ne rencontrerait plus que les deux cylindres de rectum invaginé : c'est l'invagination à deux cylindres.

Remarquons que cet exposé schématique n'implique pas qu'un prolapsus à deux cylindres soit toujours produit par un prolapsus à trois cylindres continuant sa descente, le prolapsus à deux cylindres pouvant très bien être réalisé d'emblée par la sortie des tuniques rectales au voisinage de l'anus.

Signalons, en outre, que dans le prolapsus complet volumineux, le cul-de-sac péritonéal en rapport avec la paroi antérieure du rectum descend dans la partie antérieure du prolapsus constituant un véritable sac herniaire, désigné sous le nom d'hédrocèle, et dans lequel les anses intestinales peuvent pénétrer et quelquefois même s'étrangler (hédrocèle étranglée).

Laissant de côté la symptomatologie du prolapsus, et le diagnostic différentiel des différentes variétés que nous venons d'énumérer, nous rappellerons brièvement les données étiologiques et anatomiques qui sont à la base des théories pathogéniques qui ont donné naissance aux différents traitements de cette affection.

Dans l'étiologie, notons d'abord l'influence de l'âge : le prolapsus s'observant surtout aux deux extrêmes de la vie, enfance et vieillesse. Chez le premier, il correspond à la période de fréquence des diarrhées, entérites; chez le second, il est en rapport avec l'involution sénile des tissus, les affections urinaires et rectales. Rares chez l'adolescent, le prolapsus se rencontre à l'âge adulte chez l'homme à l'époque des premiers travaux pénibles de 20 à 30 ans, chez la femme, à l'âge des accouchements. L'influence de l'effort n'est pas moins intéressante que ce soit l'effort souvent répété de la défécation chez les constipés et les diarrhéiques, l'effort dû à la toux, aux accouchements, ou l'effort brusque, violent qui peut faire apparaître, d'un seul coup, un prolapsus rectal comme se produirait n'importe quelle hernie abdominale. Signalons enfin que les lésions locales d'inflammation, la rectite de quelque origine qu'elle soit, les traumatismes locaux ou généraux.

Au point de vue anatomique, le rectum est maintenu en position dans sa loge par deux sortes de moyens de fixité. Il est soutenu en bas par le sphincter et par le plancher péritonéal. Il est suspendu en haut par le péritoine qui entoure incomplètement son extrémité supérieure (mésorectum de certains auteurs) et par les vaisseaux hémorroïdaux.

Les théories pathogéniques qui se bâtirent sur ces données étiologiques et anatomiques peuvent se ramener à trois principales :

1° *Théorie du prolapsus muqueux initial.* — C'est la théorie de CRUVEILHIER, d'ESMARCH, de FISCHL. Pour une raison quelconque, affaiblissement, relâchement du sphincter pour les uns, infiltration sous-muqueuse, rectite, ténésme, efforts répétés pour les autres, la partie de la muqueuse la plus voisine de l'anus sort, puis successivement, par ses déplacements, sous l'influence de la défécation, des efforts, attire peu à peu les autres tuniques de l'intestin pour créer les diverses variétés anatomiques décrites plus haut;

2° *Théorie de l'insuffisance des moyens de suspension.*

C'est la théorie de VERNEUIL, reprise et défendue par JEANNEL. Pour ces auteurs, le moyen de fixité normal du rectum étant le péritoine formant le mésocolon, son relâchement produira le prolapsus. Plus la distension du mésocolon sera grande plus le prolapsus sera accusé; le soutien qu'offriraient les muscles et aponévroses du périnée serait secondaire. Ajoutons que pour JEANNEL la cause de ce relâchement du mésocolon serait la rectite;

3° *Théorie de la hernie périnéale primitive.* — Ebauchée par TILLMANN, bien étudiée par ZUCKERKANDL connue sous le nom de théorie de LUDLOW, cette théorie admet que le cul-de-sac péritonéal prérectal refoulant la paroi antérieure de l'ampoule rectale vient faire hernie à travers la fente rectale, constituant une hernie périnéale; il n'y aurait pas développement primitif d'un prolapsus et formation secondaire de l'hédrocèle,

mais développement d'une hernie primitive. Nous ne pouvons entreprendre ici la discussion de ces théories; aucune ne semble s'imposer à l'exclusion des autres.

« Il n'y a pas, écrit LENORMANT, un prolapsus du rectum, mais il y en a plusieurs, et ces variétés différentes dans leur aspect clinique diffèrent aussi dans leurs pathogénie et, par conséquent, ce qui est plus important en pratique, dans le mode de traitement qu'elles réclament, c'est pour cela qu'aucune n'est entièrement vraie. »

Eclairé par les faits anatomiques et étiologiques et par les théories pathogéniques nous terminerons ce chapitre de généralités par une étude rapide des principaux traitements du prolapsus avec leurs indications. Ceci permettra de se rendre compte de ce que, théoriquement, l'on peut attendre de l'opération de THIERSCH.

Dans le prolapsus de l'enfant, prolapsus presque toujours muqueux, il faudra, quand il se produira, le réduire, surveiller les gardes-robes, traiter la diarrhée, éviter les efforts. De plus, on adjoindra le massage, l'électrisation, les pointes de feu. Dans la majorité des cas, ces petits moyens suffiront. Cependant dans certaines conditions bien mises en évidence par LENORMANT, SAVARIAUD, OMBRÉDANNE, MONTPROFIT, il faut intervenir quand l'enfant porteur d'un prolapsus incoercible aggravé par les cris, les pleurs et les efforts, se cachectise et dépérit. L'intervention de choix sera le cerclage qui améliorera immédiatement l'état général et qui, même si le fil est éliminé ou enlevé, assurera la guérison ainsi qu'en témoignent les observations XI et XIV de JEANNEL et celles publiées par MONTPROFIT et OMBRÉDANNE dans les bulletins et mémoires de la Société de

Chirurgie de Paris, en 1913. Chez l'adulte, il est rare d'arriver à de bons résultats par les petits moyens habituellement efficaces chez l'enfant, on s'adressera donc au traitement chirurgical. Les procédés chirurgicaux de traitement ont été classés par LENORMANT dans sa thèse de 1903 en Procédés d'Exérèse et Procédés Conservateurs.

Parmi les procédés d'Exérèse, où l'on traite le prolapsus comme quelque chose en trop qu'il faut supprimer, il faut mentionner pour les prolapsus muqueux la résection au bistouri. Pour le prolapsus complet la résection de MIKULICZ et celle plus récente de DELORME-JUVARA. Notons que ces résections exposent dans 14,13 % des cas au rétrécissement cicatriciel du rectum et entraînent 11,2 % de mortalité.

Les procédés conservateurs selon la théorie pathogénique qui les a inspirés se groupent en :

1° Procédés qui reconstituent les moyens de soutien du rectum, c'est-à-dire le plancher pelvien.

Les uns agissent sur l'anus et le sphincter en le rétrécissant par les pointes de feu; les raies de feu, le massage, la cautérisation, par l'excision cunéiforme d'une partie de l'anneau sphinctérien; par l'excision de plis rayonnés, par la torsion spiroïde du rectum et enfin par le cerclage de l'anus qui fait l'objet de notre étude.

Les autres agissent sur le plancher périnéal même en le reconstituant : ce sont les périnéorrhaphies, rectopérinéorrhaphies antérieures ou postérieures. La myorrhaphie des releveurs ou encore l'accolement des releveurs par leurs faces et non par leurs bords et la combinaison

de la myorraphie pérectale à la rectopexie postérieure (DUVAL et LENORMANT).

2° Procédés qui diminuent les dimensions de l'ampoule rectale, rectorraphie interne ou externe.

3° Procédés qui ont pour but de suspendre le rectum.

Rectopexie quand le rectum est fixé aux parois du bassin.

Colopexie quand le rectum est fixé aux parois de l'abdomen par l'intermédiaire du colon pelvien.

Remarquons que, bien que sérieuses, ces deux dernières opérations donnent pour la rectopexie par le procédé de Gérard MARCHANT 10 % de récidives, pour la colopexie 20 % mais ont une mortalité nulle. Cette absence de mortalité qui frappe à côté des 11,2 % constatés dans les résections pour prolapsus complet s'explique par ce fait que la statistique des colopexies et rectopexies est de date récente alors que celle des résections est beaucoup plus vieille. Il est probable qu'opérées actuellement avec toutes les précautions désirables, les résections abandonnées aujourd'hui donneraient de meilleurs résultats.

CHAPITRE II

Technique du Cerclage et Mécanisme d'action

La technique du cerclage telle que THIERSCH la décrit en 1891 en créant la méthode opératoire qui porte son nom est la suivante :

« Position de la taille, siège élevé. Anesthésie locale à la cocaïne. On introduit au niveau du raphé rétroanal, à 1 centimètre et demi de l'anus, une aiguille courbe armée d'un solide fil d'argent; on lui fait décrire autour de l'anus un trajet de quelque étendue et on la fait ressortir; on la réintroduit ensuite exactement à son point de sortie et on répète cette manœuvre jusqu'à ce que l'aiguille ressorte à son point de pénétration initiale. (Avec une aiguille suffisamment courbe comme l'aiguille d'Emmet, on passe l'anneau de fil en deux fois). On saisit les deux chefs du fil d'argent, on les tend et on les noue sur l'index introduit dans l'anus; il ne reste plus qu'à couper et à enfouir le nœud sous la peau.

On réduit le prolapsus avant de commencer l'opération, ou, s'il a trop de tendance à ressortir, immédiatement avant de serrer le fil. »

Cette technique n'a pour ainsi dire pas changé avec le temps. Quelques détails seulement furent modifiés par les divers chirurgiens qui employèrent ce procédé opératoire. Ces modifications portèrent sur les points suivants :

1° Le fil d'argent fut remplacé par le fil de bronze d'aluminium, par la soie, par un gros crin ou même du catgut.

La trop grande fragilité du fil d'argent fut la raison de ces innovations. Facile à mettre en évidence par de simples tractions comparatives faites à la main sur ces fils de nature différente, elle apparaît aussi dans les observations. Chaque fois où le fil a cédé le cerclage avait été fait au fil d'argent. Les observations XV et XX nous montrent un premier cerclage au fil d'argent qui casse remplacé par un second cerclage au bronze d'aluminium qui tient. Notons que dans l'observation XX la radiographie montra le fil séparé en trois fragments. Dans un autre cas d'OMBRÉDANE, la radiographie montre encore le fil d'argent cassé en 3 endroits. M. LERICHE aussi dans un cas, mais au bout de 2 ans il est vrai, a une rupture du fil d'argent.

Avec le bronze d'aluminium on ne trouve pas de cas de rupture de l'anneau; la soie et le crin sont également solides mais ont peut-être plus de tendance à être éliminés que le bronze! Il vaudra donc mieux éviter l'emploi du fil d'argent. M. TAVERNIER fait du fil de bronze d'aluminium le moyen de choix parce qu'il lui a donné

des résultats satisfaisants au point de vue solidité et tolérance, mais ne s'oppose nullement à l'emploi de la soie ou du crin.

2° Le diamètre du cercle métallique.

THIERSCH recommande de serrer le fil sur l'index. Ce diamètre a paru trop étroit à certains chirurgiens : c'est ainsi qu'en particulier LENORMANT dans les observations XVIII et XX et M. TAVERNIER dans l'observation I serreront le fil sur l'extrémité des deux index de l'aide introduits dans l'anus. Ceci pour éviter les accidents d'occlusion intestinale que PICQUÉ signalait déjà en 1906 et dont nous avons un exemple aussi dans l'observation XV de LENORMANT où l'on fut obligé de pratiquer au bout d'un mois la vidange de l'ampoule rectale au doigt et à la curette.

Mais un cerclage plus large maintiendra-t-il suffisamment le prolapsus pour qu'il n'y ait pas de récurrence et évitera-t-il toujours les accidents d'obstruction intestinale ?

Dans les observations I, XVIII, XX et IV où le cerclage fut large, nous avons : un malade perdu de vue, un malade qui n'a eu ni accidents d'occlusion intestinale, ni récurrence, un malade qui a eu un léger glissement de la muqueuse, enfin un dernier malade chez qui malgré un cerclé de 3 centimètres et demi de diamètre il y a eu des accidents d'obstruction intestinale qui nécessiteront l'ablation du fil. Cette dernière observation par ses détails éclaire la pathogénie de ces accidents d'obstruction d'un jour nouveau, et M. TAVERNIER à qui nous la devons pense maintenant que l'idée simpliste du fil trop serré empêchant les matières de passer doit être aban-

donnée. En effet, pourquoi n'aurait-on ces accidents que dans de rares cas ? Pourquoi dans la presque totalité des observations constatons-nous que le fil, même bien serré sur la racine de l'index, ne gêne en rien la fonction de défécation ? C'est que vraisemblablement cette rétention des matières dans l'ampoule rectale a une autre cause. Est-ce l'atonie de la musculature de l'ampoule rectale survenue à la suite des traumatismes de cet organe dans les déplacements que lui impose le prolapsus ? C'est possible. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui s'observe chez certains constipés chroniques qui ne peuvent vider leur ampoule rectale que par des pressions manuelles en arrière du coccyx ou à travers la paroi vaginale chez les femmes. Ou encore est-ce le prolapsus qui maintenu en bas par le cercle métallique se reproduirait au-dessus de lui et aurait tendance à venir sortir par l'anneau ? Ne le pouvant, il buterait, formerait clapet et empêcherait l'issue des matières. C'est bien ce qui semble s'être produit dans l'observation IV.

Conclure de ces faits trop peu nombreux à un processus pathogénique unique de ces accidents serait prématuré, mais il semble bien maintenant qu'il ne suffit pas uniquement d'élargir l'anneau pour les éviter.

3° La profondeur à laquelle l'anneau est placé dans les tissus est liée à la question du calibre de l'anneau et a son importance. Un fil placé en surface aura certainement plus de tendance à mortifier la muqueuse ou la peau sus-jacente et à s'éliminer comme dans les observations XIX et XXI qu'un fil placé profondément dans les tissus qui s'enkystera plus facilement. De plus un cer-

clage profond accrochant et serrant bien tous les tissus environnants aura plus de chance de bien maintenir le rectum en place qu'un cerclage fait à son extrémité toute inférieure. Mais en recommandant de faire toujours un cerclage profond on s'exposerait à avoir des récidives surtout en ce qui concerne les prolapsus muqueux où le glissement semble commencer à la marge même de l'anus. Aussi dans l'impossibilité où nous sommes de trancher cette question d'une manière définitive, nous donnerons les directives pratiques dont s'inspire M. TAVERNIER. Elles résultent encore plus d'impressions que de faits absolument démonstratifs. Aux observations futures de se charger de les infirmer ou les confirmer :

Dans les prolapsus totaux faire un cerclage profond embrassant et serrant le plus possible des tissus environnants.

Dans les prolapsus muqueux faire un cerclage superficiel qui crée des adhérences dans la sous-muqueuse, et empêche le glissement de la muqueuse.

4° L'anesthésie. — Chez l'adulte bien portant on peut indifféremment employer l'éther, le chloroforme ou l'anesthésie locale; chez les vieillards et les cachectiques, l'anesthésie locale sera seule indiquée. RECLUS préconisait la méthode suivante en trois temps :

a) Anesthésie par imbibition de la muqueuse anorectale au moyen de tampons imbibés de solution anesthésique et introduits dans le canal anal.

b) Injections circonférentielles autour de l'anus.

c) Injections dans l'épaisseur du sphincter, la solution de Reclus étant :

Solution d'adrénaline à 1/1000.	XX gouttes.
Sérum artificiel	100 gr.
Novocaïne	0 gr. 50

5° Quant aux soins pré et post-opératoires, il suffira de purger le malade la veille de l'intervention, de donner un lavement et de faire avant l'intervention une désinfection très soigneuse de la région pour éviter l'infection périanale qui amènerait l'élimination du fil, de la fièvre et même exceptionnellement des complications graves comme la phlébite du membre inférieur relatée dans une observation de VON ANGERER.

Après l'opération, constiper le malade 6 à 8 jours, pour qu'il ne s'infecte pas par une selle, comme cela s'est produit chez l'opéré de M. CORTE, qui n'avait pu être maintenu constipé assez longtemps. Donner ensuite une purgation douce ou mieux un lavement pour éviter une débâcle trop violente.

MÉCANISME D'ACTION DU CERCLAGE

Comment va agir le fil métallique dans la guérison du prolapsus?

Dans l'esprit de THIERSCH, ce fil était destiné :

1° A agir mécaniquement en maintenant le rectum en place remplaçant ainsi le sphincter relâché.

2° A agir en tant que corps étranger pour produire dans les tissus périanaux une prolifération du tissu cellulaire qui amènerait une adhérence solide entre le rectum et les parties voisines. L'adhérence obtenue il n'y aurait plus qu'à enlever le fil.

L'action mécanique du fil n'est pas contestable et nous la retrouvons mise à profit pour maintenir des prolapsus incoercibles après leur réduction en attendant une autre intervention dont l'on espère des résultats plus durables comme dans l'observation XXI et n° XI de JEANNEL.

Quant à la prolifération du tissu cellulaire périanal les pièces anatomiques manquent pour trancher nettement la question. PICQUÉ, dans son rapport de 1906 à la Société de Chirurgie sur l'opération de THIERSCH, niait la formation de ce tissu fibreux ou tout au moins son action. « Les faits, dit-il, ont contredit THIERSCH sur ce point; dans tous les cas où le fil s'est rompu ou a été enlevé, le prolapsus s'est reproduit et les chirurgiens qui ont employé ce procédé ont tous laissé le fil à demeure. » Depuis 1906, il faut reconnaître que si, dans la majorité des cas où le fil a été enlevé ou s'est cassé, le prolapsus s'est reproduit, il y a quelques cas où il ne s'est pas reproduit et l'observation X de DAMBRIN semble très démonstrative à ce sujet. Un tabétique attribuant au fil métallique placé pour un prolapsus un redoublement de ses douleurs fulgurantes arrive à décider le Pr DAMBRIN, qui le lui avait placé, à le lui enlever. Ce dernier note que l'extraction du fil est difficile. Les ciseaux pour le libérer doivent couper un tissu fibreux très épais dans

lequel il est enfoui et adhérent. De plus, malgré l'ablation du fil qui est resté en place 42 jours, le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Les observations XI et XIV de JEANNEL, où le fil a aussi été enlevé et où la guérison s'est maintenue, ont peu de valeur à ce point de vue. Il s'agit d'enfants qui ont présenté un prolapsus au cours de phénomènes aigus de diarrhée et de rectite où le fil a agi plus vraisemblablement en évitant les déplacements du rectum ou permettant au traitement médical d'être efficace plutôt qu'en produisant un anneau fibreux susceptible d'assurer ensuite la fixité du rectum.

De même dans l'observation IV où après l'ablation du fil le prolapsus est resté bien amélioré sans cependant qu'aucun anneau fibreux ait pu être décelé.

Qu'il y ait production d'anneau fibreux ou non ou que le fil n'agisse que mécaniquement, le cerclage n'a incontestablement qu'une action locale de soutien au niveau de l'orifice anal. Cette action, parfois suffisante pour que le prolapsus ne se reproduise plus, a même, quand elle n'est que temporaire, une influence toujours heureuse sur la diarrhée, les mucosités, les ulcérations et les douleurs qui accompagnent le prolapsus et par là même sur l'état général du malade.

CHAPITRE III.

Discussion des résultats du Cerclage

L'examen des 24 observations que nous avons réunies nous donne : sur 28 interventions de cerclage, 20 succès, 8 récidives, pas de mort. Notons d'abord que ces résultats bruts qui serviront de cadre à la discussion ne doivent pas être considérés avec une valeur trop absolue. Les 24 observations que nous publions ne représentant certainement pas la totalité des cas où la méthode de THIERSCH fut employée, mais ceux que nous avons pu réunir après 1906. L'impression d'ensemble qui se dégagera de ces observations sera donc complétée par l'opinion des chirurgiens qui pratiquèrent cette opération sans avoir communiqué le détail de leurs observations.

Le premier enseignement à tirer de nos résultats est d'abord que l'opération n'est pas dangereuse, bien que s'adressant dans de nombreux cas à des vieillards très affaiblis ou à des cachectiques. Dans la statistique des

cas antérieurs à 1906 (1), il y a bien 2 morts sur 33 opérés, mais elles sont explicables, soit par des circonstances étrangères à l'opération, ou par l'infection due à une intervention septique et ne doivent pas être retenues.

Plus sérieuse est la réserve faite par PICQUÉ, en 1906, sur la bénignité de cette intervention en relatant des accidents qui s'étaient produits dans un cas où il avait fallu intervenir en enlevant le fil pour permettre aux matières accumulées d'être expulsées. « C'est, à mon avis, écrit ce chirurgien à ce propos, le plus gros reproche que l'on puisse faire à l'opération de THIERSCH, et si des faits de cet ordre se multipliaient, ils devraient la faire rejeter formellement. » Dans les observations XV et IV nous avons encore des accidents analogues que PICQUÉ qualifiait d'accidents d'occlusion intestinale où il fallut intervenir en vidant le rectum au doigt et à la curette et en enlevant le fil. Nous nous sommes expliqué au chapitre concernant la technique sur les moyens tentés pour éviter cette rétention de matières qui semble dans les cas assez rares où elle se produit ne pas revêtir le caractère de gravité que lui donnait PICQUÉ, puisque le pire qu'il puisse arriver, quand on surveille les malades après l'opération, c'est qu'on soit obligé d'enlever le fil qu'on avait placé.

Quant aux autres accidents, tels que fistulisation, élimination du fil, rupture de l'anneau, ils sont tellement bénins et si facilement curables qu'il n'est pas besoin d'insister et l'on peut dire qu'aucune méthode chirurgicale de traitement des prolapsus ne peut être compa-

(1) Statistique de PICQUÉ (Société de Chirurgie de Paris 1906). Sur 30 malades : 33 opérations, 27 guérisons, 4 récidives, 2 morts.

riée au cerclage sous le rapport de l'innocuité. Écartant de suite les opérations de résection de la muqueuse, ou de rétrécissement de l'ampoule rectale qui, par l'infection, arrivent à avoir une mortalité imposante et qui exposent en outre au rétrécissement cicatriciel; la colopexie et la rectopexie réputées inoffensives ne peuvent cependant s'adresser qu'à des malades susceptibles de supporter une anesthésie générale et une intervention importante.

Passons maintenant aux résultats mêmes de l'intervention. Nous enregistrons 8 récidives sur 28 opérations. C'est beaucoup. Il n'est, à la vérité, pas d'intervention qui donne la certitude du succès, mais il n'y en a aucune qui ait un chiffre de récidives aussi élevé. Ce chiffre est plus élevé que dans la statistique des cas opérés avant 1906. Est-ce parce que la série que nous publions dans ce travail comporte moins d'enfants? Nous le croyons. En effet, la statistique de 1906 de PICQUÉ indique sur 30 opérés, 13 enfants au-dessous de 5 ans porteurs de prolapsus muqueux; or, sauf de très rares exceptions, le prolapsus de l'enfant guérit très bien par un traitement purement médical et il est probable que dans nombre de ces cas, on a attribué au cerclage des succès qui ne lui revenaient pas. Il convient cependant de dire, que même dans les cas où nous avons noté une récidive, le cerclage n'a pas toujours été inutile. Bien souvent, si le prolapsus n'est pas guéri, les accidents qui l'accompagnaient : diarrhée, hémorragies, ulcérations le sont. L'état général est amélioré, résultat qui n'est pas négligeable (Observ. IV).

Voyons maintenant ce que sont nos 20 succès. Ré-

pondront-ils aux deux principaux arguments qui se sont élevés contre la méthode de THIERSCH : 1° La méthode de THIERSCH guérit des prolapsus qui n'avaient pas besoin d'intervention. 2° Les guérisons ne sont que temporaires et n'ont jamais été suivies assez longtemps pour qu'il puisse être parlé de succès?

La première critique s'adresse particulièrement aux succès obtenus chez les enfants. S'il ne paraît pas douteux que parmi les nombreux succès du cerclage chez des enfants, publiés en Allemagne, il y en a beaucoup qui auraient pu guérir sans intervention, il n'en est certainement pas de même pour les observations XI et XIV qui concernent deux enfants traités par le Professeur JEANNEL. Le traitement médical de la rectite dans ces deux cas a une action incontestable, mais le cerclage fait au fil de soie et laissé en place 10 jours paraît bien être un adjuvant indispensable de ce traitement. Il s'agissait de prolapsus volumineux incoercibles avec tendance au sphacèle qu'il fallait à tout prix maintenir réduit pour arriver à un résultat. Il en est de même pour les cerclages cités par OMBRÉDANE, MONTPROFIT, SAVARIAUD à la Société de Chirurgie de Paris en 1913. LENORMANT reflétant l'opinion générale écrivait à cette date : « Avec tous les auteurs classiques j'admets que la grande majorité des prolapsus de l'enfance ne relèvent pas de la chirurgie et, pendant l'année que j'ai passé dans le service d'enfants de Saint-Louis, j'ai vu d'assez nombreux prolapsus et je n'en ai opéré aucun. Mais il y a des cas où la chute du rectum se produit non seulement à chaque défécation mais dès que l'enfant crie, où le prolapsus est véritablement incoercible; en pareil cas il faut bien

faire quelque chose; et ce quelque chose me semble devoir être un simple cerclage de l'anus qui jouera le rôle d'un bandage contentif ».

Chez les adultes nous retrouvons 4 cas de prolapsus muqueux suivi de guérison durable (obs. X, XV, XVIII, XIII). Rien ne permet d'affirmer que ces prolapsus étaient curables par des procédés médicaux. Si le traitement médical est généralement très efficace chez les enfants, il n'en va pas de même chez l'adulte et ces 4 résultats peuvent être considérés comme des succès.

Où l'appréciation juste de la valeur du cerclage devient délicate c'est dans les observations où le prolapsus a été traité par plusieurs méthodes à la fois ou successivement. Nous avons 5 observations où le malade a été traité par un procédé mixte. Nous ne comptons naturellement pas dans ce groupe l'observation XXI du Docteur GUIBÉ, où le malade traité d'abord par l'opération de THIERSCH et plus tard par la colopexie, a bien guéri; mais cette guérison qui s'est maintenue pendant quatre ans et demi ne peut être attribuée qu'à la colopexie, le fil qui avait perforé la peau ayant été enlevé. L'intérêt de cette observation réside dans le rôle adjuvant du cerclage qui précéda la colopexie et qui servit après une réduction difficile du prolapsus à le maintenir réduit avant la colopexie.

Des 5 observations par procédés mixtes nous avons :

Dans l'observation XV, un prolapsus total qui après rectopexie et périnéorraphie exécutées sans succès, semble guéri par une colopexie et après ce résultat un prolapsus muqueux survenant, guéri par le cerclage.

Dans l'observation XVI, colopexie et cerclage le même

jour se complétant sans qu'il soit possible de dire si c'est la colopexie ou le cerclage qui a guéri le malade.

Dans l'observation XVIII, où la colopexie semble s'adresser au prolapsus total, le cerclage termine l'opération en maintenant un lambeau de muqueuse qui tente de sortir.

Dans l'observation XX, une colopexie et un premier cerclage sont restés sans succès, un deuxième cerclage semble avoir raison du prolapsus.

Dans l'observation XXIV, une colopexie guérit un prolapsus total; 2 mois après un prolapsus muqueux survenant est guéri par un cerclage.

Il semble donc bien que, sans rien retirer à la valeur des colopexies pratiquées dans ces différents cas, le cerclage ait eu une valeur curative indiscutable.

Enfin il nous reste 9 observations d'adultes porteurs de prolapsus total où la seule intervention pratiquée fut le cerclage et où la guérison immédiate tout au moins est indiscutable, sans gêne aucune des fonctions de défécation et pour la plupart avec suppression des phénomènes douloureux ou gênants tels qu'ulcérations, hémorragies, mucosités, diarrhée.

Si nous examinons maintenant la durée de nos guérisons constatées, nous sommes forcés de reconnaître que beaucoup de malades sont perdus de vue trop tôt. 6 malades ne sont pas suivis plus de 15 jours, 6 sont suivis de 1 à 3 mois. Par contre, 2 sont suivis pendant 5 mois; 1 pendant 9 mois; 1 pendant 2 ans.

Il y a donc eu des guérisons sûres et durables de constatées; elles sont peu nombreuses mais tout porte à croire que dans les malades perdus de vue, il s'en trouve

aussi beaucoup. Il serait en effet étrange que des malades, prêts à tout accepter à une certaine époque pour se débarrasser d'une affection leur rendant la vie intenable, ne reviennent après récidence au chirurgien qui les a déjà vus et à qui ils ont promis de signaler leurs incindres ennuis de ce côté. A la rigueur si l'on peut douter de ces guérisons suivies trop peu de temps, on ne peut les nier. Hormis les cas où une intervention causale s'impose, comme dans l'observation III, et où l'on ne peut espérer le succès, il est à souhaiter que cette opération soit plus largement essayée. Les chirurgiens qui l'ont pratiquée ont souvent commencé son essai en sceptiques et ont généralement été enthousiasmés des succès obtenus. Le compte rendu de la séance du 7 mai 1913 à la Société de Chirurgie de Paris est très démonstratif à ce sujet. OMBRÉDANE, SAVARIAUD, MAUCLAIRE, MONTPROFIT, DELBET sont unanimes à déclarer leur étonnement devant les résultats obtenus. « Je n'ai fait qu'une fois le cerclage, écrit ce dernier. J'avoue que cette intervention ne me tentait guère. Mais je me suis trouvé en présence d'un vieillard épuisé qui avait un prolapsus assez volumineux pour empoisonner sa vie. Il était incapable de supporter une opération un peu considérable. Aussi me décidai-je à faire le cerclage. Je l'ai fait non pas avec un fil d'argent, mais avec un gros fil de soie plate. Ce que je veux dire c'est que j'ai été stupéfait du résultat qui a été vraiment admirable ».

A Lyon, cette méthode est assez peu employée. D'une façon générale elle est tenue pour douteuse quant aux succès qu'elle peut donner. Mais ceux qui l'ont tentée en parlent dans le même sens que les chirurgiens pari-

siens. C'est ainsi que M. le Professeur Agrégé LERICHE, qui a bien voulu nous donner son opinion sur cette question, ce dont nous le remercions bien vivement, s'exprime : « J'ai fait une dizaine de fois le cerclage de l'anus pour prolapsus rectal, quand le prolapsus n'est pas trop considérable. C'est un excellent procédé qui donne à longue échéance de bons résultats. Mais il arrive parfois qu'à la longue le fil métallique se casse. J'ai eu avant la guerre un malade chez lequel le fil s'est cassé au bout de deux ans et quelques mois. Il s'en est aperçu à une douleur persistante due à ce que le fil le piquait dans la profondeur. J'ai enlevé le fil et j'en ai mis un autre par mesure de sûreté car il me paraissait que le prolapsus était guéri et que rien ne ressortait dans l'effort.

J'ai revu plusieurs autres malades dont l'un après cinq ans avait toujours un bon résultat.

Mais je n'ai employé ce procédé que pour des prolapsus muqueux ne débordant pas de plus de 3 à 4 centimètres. J'ai eu un seul incident. Fil un peu trop serré sans doute avec un peu de gêne à aller à la selle pendant 15 jours à 3 semaines. Quelques soins, un peu d'huile de ricin ont fait disparaître cet ennui et quand le malade a quitté le service il n'était plus gêné.

Le cerclage me paraît très supérieur aux procédés visant des cas de même ordre comme le procédé de DELORME dont j'ai cependant un bon résultat suivi plus de 10 ans ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*inédite*)

Professeur agrégé Tavernier.

L... R..., Léon, douanier à Bellegarde. Prolapsus du rectum sortant gros comme une pomme à chaque défécation; difficile à réduire. Mucosités et sang.

Opéré le 22 décembre 1919. Cerclage de l'anus au fil métallique (bronze d'aluminium) serré sur l'extrémité des deux index et placé assez profondément dans les tissus périanaux. Constipé 7 jours. A eu ensuite de la peine à se débarrasser des matières accumulés (lavements répétés). Depuis la défécation s'est rétablie normalement; le prolapsus ne sort plus ou plutôt il ne se reproduit plus qu'un léger glissement de la muqueuse de la partie droite de l'anus qui rentre ensuite spontanément. Plus de sang.

15 janvier 1920. — Cicatrisation complète depuis une huitaine sans trace d'accidents inflammatoires.

OBSERVATION II

(*inédite*)

Professeur agrégé Tavernier.

Lag..., Auguste, 8^e territorial. Hôpital du Lycée de garçons de Grenoble. Prolapsus du rectum de date déjà ancienne. Intolérable surtout ces derniers temps à cause d'une diarrhée rebelle avec glaires.

Le 7 décembre 1916. — Cerclage de l'anūs au fil d'argent du calibre de l'index passant largement. Suites simples; résultat excellent; constipé 6 jours.

Le 12 mars 1917. — Part avec un résultat excellent, le prolapsus n'est plus ressorti, plus d'écoulement muqueux, garde un peu de diarrhée, mais moins qu'auparavant.

Avril 1917. — Très content, ne se plaint que d'un peu de diarrhée. Le fil persiste, sensible sous le doigt, intact. A promis d'écrire s'il lui survenait quelque chose de fâcheux, n'a pas donné de ses nouvelles.

OBSERVATION III

(*inédite*)

Professeur agrégé Tavernier.

Lam..., Alexandre, 47 ans, 2^e d'artillerie, mobilisé dans les usines. Hôpital du Lycée de garçons de Grenoble.

Entré le 30 janvier 1917. Hémorroïdes depuis 5 à 6 ans avec hémorragies, glaires, diarrhée et démangeaisons. Prolapsus d'un gros bourrelet hémorroïdaire circulaire, violacé, turgescant. Le prolapsus est difficilement réductible et persiste dans l'intervalle des défécations.

8 février 1917. — Bien qu'il paraisse plus indiqué de faire une résection on essaie un cerclage avec un gros crin serré sur la racine de l'index; on a l'impression que le cerclage est plutôt trop large et ne maintiendra pas la muqueuse.

13 mars 1917. — Le cerclage n'a produit aucun résultat fonctionnel, la muqueuse est aussi prolabée qu'avant. Résection par le procédé Withead-Willars; suture au catgut à points séparés. Suites simples.

7 avril 1917. — Très bonne guérison.

Fin mai 1917. — Revu en très bon état. A un peu de peine à retenir longuement ses matières.

OBSERVATION IV

(*inedite*)

Professeur agrégé Tavernier.

Madame T., 63 ans. Prolapsus très ancien du volume d'une tête de fœtus sortant spontanément au moindre effort, même en dehors des défécations. Rectite, ténésme, diarrhée et hémorragies rectales fréquentes. A subi sans succès en

1897 une thermo-cautérisation et en 1899 une périnéorraphie avec rectopexie par le Professeur FOCHIER. . .

En juin 1917, à Grenoble, cerclage de l'anús au fil de bronze serré lâche sur la racine de l'index. Suites immédiates simples. Le sixième jour une purgation n'évacue que des matières liquides et quelques jours après l'exonération devient de plus en plus pénible et finit par exiger un curage digital. Les jours suivants les défécations restent difficiles et exigent de petits lavements répétés. L'observation de l'anús dans l'effort ne montre pas de prolapsus, mais on a l'impression que la muqueuse autrefois prolabée vient buter contre l'anneau métallique et former une sorte de clapet qui gêne l'issue des matières. La malade doit faciliter cette issue par des pressions directes au dessous du coeýx. Après un mois et demi : petit abcès vers le nœud du fil qui laisse une fistule. Devant cette fistule et la persistance d'une gêne de la défécation on se décide à enlever le fil. Le fil enlevé formait un cercle de près de 3 centimètres et demi de diamètre; plus grand qu'on ne l'aurait cru au toucher.

Les jours suivants, le prolapsus ne ressort pas. La diarrhée, les hémorragies et même les troubles généraux comme des céphalées ont disparu. Depuis (mai 1920), l'état est resté très amélioré, le prolapsus ne sort plus que dans la défécation et encore est-il moins volumineux qu'autrefois; mais il ne tombe plus spontanément dans la marche; la muqueuse rectale est beaucoup moins enflammée. Il n'y a plus d'hémorragies ni de rectite. Mais seulement de temps à autre quelques crises de diarrhée. La malade se trouve très améliorée. Au toucher on ne sent pas d'anneau fibreux net.

OBSERVATION V

(*inédite*)

Professeur agrégé Cotte.

X... acromégale arrivé en pleine cachexie dans le service de M. le Professeur PONCET en janvier 1912. Il présente en outre un prolapsus du rectum énorme qui a perdu droit de cité; le boudin rectal reste continuellement hors de l'anus.

12 février 1912. — Cerclage de l'anus au fil d'argent. Suites immédiates simples. Le malade meurt deux mois après environ de sa tumeur hypophysaire. Le prolapsus ne s'était pas reproduit.

OBSERVATION VI

(*inédite*)

Professeur agrégé Cotte.

Moktar ben K... Entré à l'hôpital n° 12 à Salonique le 1^{er} octobre 1917 pour un volumineux prolapsus du rectum qui sort presque continuellement. Il s'agit d'un Arabe fortement impaludé chez lequel il ne peut être question de faire une opération compliquée.

19 octobre 1917. — Cerclage de l'anus avec un fil d'argent. Suites simples. Bon résultat fonctionnel. Malade présenté à la réunion chirurgicale interalliée en novembre 1917. Revu au bout de trois mois. Guérison maintenue.

OBSERVATION VII

(*inédite*)

Professeur agrégé Cotte.

Dun... Julien, Caporal au 372^e R. I. Entre à l'hôpital temporaire n^o 12 le 18 décembre 1917 avec le diagnostic d'anémie palustre, prolapsus rectal. Il existe en même temps des signes de rectite intense avec syndrome de fissure. Les phénomènes douloureux sont tels que le 2 janvier on commence par faire une dilatation forcée de l'anus.

Le 28 *janvier*. — Les douleurs ont disparu. La rectite est presque guérie. Cerclage de l'anus avec un fil d'argent. Malheureusement la constipation post-opératoire n'a pu être obtenue suffisamment longtemps le blessé est allé à la selle le troisième jour. Malgré les précautions prises, légère infection de l'incision à la suite de laquelle il y a une petite fistule persistante.

10 *février*. — Ablation du fil. Rejoint son dépôt le 26 février.

OBSERVATION VIII

(*inédite*)

Professeur agrégé Cotte.

B... Joseph, 46 ans, 120^e territorial. Prolapsus datant de l'enfance ne sortant d'abord qu'à la suite d'efforts violents ou de fatigues. Mucosités et sang par intermittences. Cautérisation par M. POLLOSSON à 17 ans. Pas d'amélioration sensible. En 1914, dysenterie qui réapparaît souvent pendant le cours de la guerre. Le prolapsus s'aggrave et ne se réduit plus que par pressions manuelles. Entre à l'hôpital Desge-

nettes aux contagieux le 2 avril 1920 pour dysenterie. Guérison le 24 avril. Passe dans le service de M. Cotte à cette date pour son prolapsus. Opération de THIERSCH le 29 avril. Purgé avant son opération puis constipé huit jours. Lavement le 4 mai, selle très liquide. Le 7 mai, guérison; le prolapsus ne sort plus, même dans l'effort.

OBSERVATION IX

(*inédite*)

Professeur agrégé Laroyenne.

Femme 69 ans. entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1920. Très mauvais état général, gros prolapsus rectal et vaginal. Opérée le 22 avril 1920 sous anesthésie locale et chlorure d'éthyle. Opération de FREUND pour serrer le vagin (cerclage avec 2 crins remplaçant le fil métallique).

Opération de THIERSCH pour serrer le rectum également avec 2 crins. Résultats immédiats bons. Au bout de 2 mois bons renseignements mais la malade n'a pas été revue. (1)

OBSERVATION X

(*résumé*).

M. P., S., industriel, 41 ans, tabétique. Depuis deux mois, à la suite de constipation opiniâtre et d'efforts exagérés de

(1) Au dernier moment, M. le Professeur agrégé Laroyenne nous fait savoir qu'il vient de recevoir des nouvelles de sa malade. Il y a quelque chose qui ne va pas. Il n'a pu obtenir de détails précis, et désire que les résultats de son intervention ne soient interprétés ni dans un sens, ni dans l'autre, avant qu'il ait pu pratiquer un examen.

défécation a présenté un prolapsus muqueux assez développé. Quelques hémorroïdes non turgescents. Le toucher rectal montre que le sphincter anal n'existe pour ainsi dire plus; pas la moindre tonicité. Le prolapsus rentre et sort avec la plus grande facilité. Etat nerveux très précaire. Le malade est très préoccupé par son prolapsus, il a perdu l'appétit, est très ennuyé. Entre à la clinique le 4 novembre 1912. Opération de THIERSCH après anesthésie locale à la novocaïne par le procédé RECLUS; le 9 novembre on ligature sur l'index de l'aide introduit dans l'anus. Suites parfaites. Le malade est constipé cinq jours. Le sixième, 15 grammes d'huile de ricin et lavement d'eau bouillie; l'opéré va abondamment à la selle. Le prolapsus ne se reproduit pas.

Vers le 15 décembre, M. P., dont les douleurs fulgurantes sont augmentées d'intensité, réclame avec insistance l'enlèvement du fil métallique auquel il attribue l'augmentation de ses douleurs.

Le 21 décembre 1912, à l'anesthésie locale, deuxième intervention pour enlever le fil. Ce fil est profondément enfoui dans le sphincter et l'extraction est difficile. Pour le libérer, les ciseaux sont obligés de couper un tissu fibreux très épais dans lequel le fil enfoui est adhérent. Section en deux endroits, chaque moitié est extraite successivement. L'anneau est donc resté en place quarante-deux jours. Depuis, cette deuxième opération, le malade a continué à aller à la selle tous les jours. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION XI

Professeur Jeannel (in thèse Malespine).

Le 24 janvier 1904, appelé d'urgence pour un gros prolapsus

rectal, violacé, datant de huit jours, chez un garçon d'un an. Le prolapsus, long de 10 centimètres, est réductible mais absolument incoercible. Sphincter complètement atone, distendu, laissant pénétrer trois ou quatre doigts en cône sans résistance. Diarrhée profuse. Devant l'incoercibilité, la menace de progression et de sphacèle du prolapsus, la méthode de THIERSCH est décidée pour rendre efficace le traitement médical. Sous le chloroforme le prolapsus est réduit et maintenu. Traitement local de la rectite par lavages. Traitement diététique. L'entérite cesse, les selles deviennent normales. Au bout de 10 jours le fil est enlevé. Le sphincter a repris sa tonicité, le prolapsus est guéri.

OBSERVATION XII

Professeur Jeannel (in thèse Malespine).

X., homme, 40 ans, serrurier, entre le 3 mai 1906 à l'hôpital de Toulouse, porteur d'un prolapsus rectal. Déjà opéré en 1903 dans le service pour hémorroïdes. Il y avait eu de la suppuration et risquait un rétrécissement cicatriciel. Je lui recommandais de venir se faire calibrer par passage de grosses bougies d'HÉGAR, ce qu'il ne fit pas. Quitte Toulouse, un rétrécissement survient qu'on dilate à l'hôpital de Nevers en 1904. Puis, pour une récurrence, entre à l'hôpital d'Orléans en décembre 1904, on lui fit deux incisions au sphincter. Au rétrécissement et à la rétention font suite, après cette opération, de l'incontinence, de la diarrhée, de la rectite, et, enfin, un prolapsus qui amène le malade au Professeur IMBERT, de Marseille. Opération de THIERSCH pratiquée sans traitement médical préalable. Pour une raison inconnue le fil d'argent

du être retiré au bout de peu de temps. Le prolapsus et l'incontinence récidivent; arrive alors à l'hôpital de Toulouse avec un prolapsus de 5 à 6 centimètres, du volume d'une petite orange. Prolapsus réductible mais incoercible, incontinence complète, atonie du sphincter, diarrhée muqueuse fréquente rectite évidente. Traitement de la rectite, repos au lit, régime sévère, lavage du rectum en même temps électrisation du sphincter et des releveurs. Durée : un mois et demi. Guérison de la rectite. Réduction du prolapsus qui ne reparait que dans la station debout. L'incontinence persiste, demi-guérison complétée par l'opération de THIERSCH au fil d'argent serré sur le doigt indicateur introduit dans l'anus. Le fil définitivement perdu est bien toléré.

La guérison du prolapsus de l'incontinence et de la rectite persistait trois mois après l'opération, jour où l'opéré quittait le service où il était resté comme infirmier après avoir été traité comme malade.

OBSERVATION XIII

Professeur Jeannel (in thèse Malespine).

Femme qui s'est toujours plainte d'une grande faiblesse générale. Cette faiblesse s'est accrue lors de la ménopause, à 40 ans. Il y a 5 ans, la malade s'aperçut un jour qu'elle perdait ses matières et ressentait en même temps une sensation de brûlure à l'anus. Son rectum était sorti. Elle n'en eut aucun soin jusqu'à son entrée à l'hôpital. Augmentation des douleurs, irréductibilité du rectum. La muqueuse rectale fait saillie par l'orifice anal sous la forme d'une petite masse de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur rouge, suintante, avec

un orifice au milieu de son extrémité inférieure est assez facilement réductible par la pression. Elle reste maintenue dans le décubitus dorsal, mais sort de nouveau dès que la malade se lève. Au toucher rectal, le sphincter apparaît atrophié, n'existe presque plus. L'état général est assez précaire, la malade est maigre, ses tissus sont relâchés. Intervention de THIERSCH le 13 janvier 1909 par le Professeur JEANNEL. Les suites opératoires ont été excellentes; on n'a pas constipé la malade, le prolapsus est resté maintenu constamment. Il ne s'est pas reproduit lors de la sortie de la malade le 15 mars 1909, deux mois et demi après l'opération.

OBSERVATION XIV

Professeur Jeannel (in thèse Malespine).

Joseph M..., 12 mois, entre à l'Hôtel-Dieu, service du Professeur JEANNEL, présentant un prolapsus de 8 centimètres avec rectite, intense, sécrétions muqueuses abondantes. Le rectum prolabé, difficilement réductible, menaçait de se sphaceler. M. le Professeur JEANNEL, appelé d'urgence, fait anesthésier le petit malade et réussit à réduire le prolapsus sous le chloroforme. Pour éviter la réapparition du prolapsus, opération de THIERSCH en remplaçant le fil d'argent par une soie. Le prolapsus a été ainsi maintenu réduit. Au bout de sept jours, la soie est enlevée. Deux jours après l'intervention, le petit malade avait été envoyé au service des maladies des enfants où on lui fit suivre le traitement de la rectite. Le 3 février, il était remporté dans sa famille, guéri à la fois de sa rectite et de son prolapsus qui ne s'était pas reproduit.

OBSERVATION XV

Professeur Lenormant (in Presse Médicale, n° 37, mai 1912).

Femme de 38 ans. Prolapsus total datant de l'enfance long actuellement de 10 à 12 centimètres; incontinence pour les matières liquides. Cautérisations en 1899 et en 1901, insuccès. Rectopexie par G. MARCHAND, en mai 1902; récidence au bout d'un an. Périnéorrhaphie par M. POTHERAT, insuccès. Colopexie et opération de THIERSCH, le 29 avril 1905, dissociation des muscle petit oblique et transverse; fixation du colon à la paroi abdominale postérieure dans la région du psoas. Suites normales, sauf une forte constipation qui oblige à pratiquer au bout d'un mois une véritable vidange de l'ampoule rectale au doigt et à la curette. Sort guérie le 1^{er} juin. La guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à l'automne 1909. Vers cette époque, la malade remarque que la muqueuse recommence à faire une légère saillie au moment de la défécation. En janvier 1910 on constate que l'anus est de nouveau béant, on ne sent plus par le toucher le fil d'argent placé lors de la première opération. Dans les efforts, la muqueuse fait un bourrelet péri-anal. Nouvelle opération de THIERSCH, le 20 janvier 1910. Le fil (bronze d'aluminium) est serré sur l'index. Suites régulières, la malade sort guérie le 30 janvier. J'ai revu cette malade sans récidence en mars 1912.

OBSERVATION XVI

Professeur Lenormant (in Presse médicale n° 37).

Fille 19 ans, épileptique. Prolapsus total datant de plusieurs

années. Actuellement gros comme une tête de fœtus; anus complètement effondré laissant pénétrer le poing, incontinence fécale. Opérée à plusieurs reprises, en 1902 et 1903, par M. PICQUÉ, qui lui a fait en particulier une résection à la MIKULICZ, récédive rapide. Colopexie et opération de THIERSCH le 26 février 1906, fixation du colon à la paroi abdominale postérieure, au niveau de la partie supérieure et externe de la fosse iliaque interne. Suite régulière, la malade sort guérie le 17 mars.

Le médecin de l'asile où elle a été envoyée écrit, à la fin de juillet, cinq mois après l'opération, que le résultat s'est maintenu et qu'il n'y a pas de récédive.

OBSERVATION XVII

Professeur Lenormant (in Presse Médicale, n° 37).

Femme, 50 ans, entre dans le service de M. PICQUÉ à l'asile Sainte-Anne. C'est une P. G. complètement gâteuse; son état est mauvais, elle a des escarres. Le médecin de l'asile dont elle provient estime que toute opération importante serait dangereuse. Prolapsus rectal total gros comme un poing, sortant et rentrant très aisément; l'anus est perméable à trois doigts, mais le sphincter a conservé une tonicité et une contractibilité très appréciables.

Opération de THIERSCH le 24 mai 1907 (anesthésie au chloroforme). Le fil d'argent est serré sur l'index introduit dans l'anus et l'on enfouit le tortillon sous un point de suture cutanée. Suites bonnes. La malade quitte le service le 4 juin. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital on n'a pas

constaté de récidence du prolapsus. Perdue de vue après sa sortie.

OBSERVATION XVIII

Professeur Lenormant (in Presse Médicale, n° 37).

Femme 52 ans, entre à la fin de novembre 1907 dans le service de M. PICQUÉ, à l'hôpital Bichat. La malade a eu huit enfants et a souffert antérieurement d'hémorroïdes. Le prolapsus aurait débuté il y a un an environ à la suite de diarrhée. Actuellement le rectum sort dès que la malade est debout et sans qu'elle fasse aucun effort; le prolapsus a le volume du poing. La malade le réduit aisément avec la main, mais non spontanément; l'anus est béant, perméable à 4 doigts, le sphincter semble avoir disparu et l'on ne sent plus rien de résistant entre la peau et la muqueuse; incontinence complète; le périnée insuffisant bombe au moindre effort, la vulve est béante et il y a un rectocèle accentué. Malade amaigrie, pâle, en assez médiocre état; colopexie le 4 décembre 1907.

Opération de THIERSCH. Au moment où la malade est mise en position de la taille, elle pousse fortement; la muqueuse exubérante fait à travers l'anus dilaté une saillie de 2 ou 3 travers de doigt mais il n'y a plus de prolapsus véritable. Cerclage de l'anus au moyen d'un fil de bronze serré sur deux doigts. Suites opératoires régulières. La malade est constipée jusqu'au huitième jour. La malade sort le 26. Perdue de vue après sa sortie.

OBSERVATION XIX

Professeur Lenormant (in Presse médicale n° 37).

Femme 58 ans entrée en mars 1908 dans le service de M. PICQUÉ, à l'asile Sainte-Anne. Aliénée venant de l'asile de Villejuif où elle est internée depuis 2 ans. Agitation et délire continuels, poussées fébriles fréquentes, état cachectique; la malade paraît incapable de supporter une opération sérieuse. Prolapsus du volume d'un gros poing sortant à chaque défécation, à chaque miction, à chaque effort. Anus béant laissant pénétrer le poing, incontinence complète, quelques hémorroïdes externes.

Première opération de THIERSCH le 17 mars 1908 (anesthésie au chloroforme), cerclage de l'anus au moyen d'un fil de bronze qui est serré sur l'index; la petite incision cutanée nécessitée par le placement de ce fil est fermée par 2 crins de Florence. Malgré le rétrécissement considérable de l'orifice anal, un bourrelet muqueux fait encore saillie lorsque la malade pousse. Après cette intervention le prolapsus ne se reproduit pas. L'opérée va à la selle tous les jours grâce à des laxatifs mais l'anus est le siège d'un écoulement purulent et en pratiquant le toucher une quinzaine de jours plus tard, on constate que le fil de bronze a coupé la muqueuse dans la demi-circonférence postérieure du canal anal et qu'il est à nu dans sa lumière. Ablation du fil le 5 avril. La rectite est guérie en quelques jours mais le prolapsus reparait.

Deuxième opération de THIERSCH le 5 mai (anesthésie au chloroforme), même technique que précédemment. Cette fois le fil de bronze est bien toléré et la malade sort guérie sans récurrence de son prolapsus le 20 mai. Perdue de vue après sa sortie.

OBSERVATION XX

Professeur Lenormant (in Presse médicale n° 37, mai 1912)

Homme de 29 ans, charretier, entré en avril 1910 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. PICQUÉ. Prolapsus datant de l'âge de 3 ans, s'étant aggravé progressivement. Au début la réduction est facilement obtenue par une simple contraction des muscles du périnée; actuellement le rectum sort au moindre effort et ne peut être réintégré que manuellement. Enorme prolapsus du volume d'une tête d'enfant. Retournement complet du rectum sans sillon circonférentiel à la base; grosse hédrocèle à la partie antérieure du prolapsus. La muqueuse rectale est saine, sans ulcération, sans hémorroïdes. Anus béant perméable à 4 ou 5 doigts. Contractivité sphinctérienne à peu près complètement abolie, incontinence pour les matières liquides. Sujet maigre, vigoureux et musclé; rétrécissement mitral pour lequel le malade a été réformé. Colopexie le 30 avril 1910. Opération de THIERSCH. Le malade est mis en position de la taille; l'anus béant laisse voir la muqueuse faisant un bourrelet saillant de 1 ou 2 centimètres. Cerclage de l'anus par un fort fil d'argent qui est serré sur deux doigts.

Suites opératoires troublées par une congestion pulmonaire grave survenue dans les premiers jours et par une rétention d'urine apparue sans cause appréciable le 6^e et le 7^e jour. Le malade sort guéri le 25 mai.

Malheureusement dès le deuxième ou troisième mois après l'opération la récurrence commençait à se produire et s'accroissait progressivement. Revu le 17 novembre 1911 avec une récurrence complète. Le prolapsus au moins aussi gros qu'avant l'intervention sort à chaque défécation, à chaque effort de toux, souvent même pendant la marche; l'incontinence est

complète, l'anus béant et effondré. En même temps l'état général est devenu très médiocre, le malade a maigri, touse, a de la fièvre; outre son rétrécissement mitral on constate une tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Dans ces conditions toute intervention sérieuse paraît contre-indiquée, et l'on se contente de faire à titre palliatif un nouveau cerclage de l'anus. En effet, en pratiquant le toucher on n'avait plus retrouvé trace du fil métallique placé lors de la première opération et une radiographie avait montré que ce fil s'était divisé en 3 fragments séparés et inclus dans l'épaisseur du tissu. Nouvelle opération de THIERSCH le 9 décembre 1911 (anesthésie locale à la novocaïne-adréraline), cerclage de l'anus au moyen d'un fil de bronze serré sur deux doigts et dont le nœud est enfoui par un point de suture au crin de Florence. Ce fil est bien toléré, les fonctions de l'anus s'effectuent normalement et le prolapsus ne s'est pas reproduit au moment où le malade ~~quitte~~ l'hôpital le 23 décembre.

OBSERVATION XXI

(résumé)

D^r Guibé, Chirurgien des Hôpitaux (in Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1912).

L. H. 37 ans, journalier entre à l'hôpital Necker le 19 octobre 1907 pour un volumineux prolapsus irréductible. Le début de ce prolapsus remonte à l'âge de 3 ans. Ne sortant d'abord qu'au moment des défécations, rentrant en faisant un simple effort d'inspiration. A partir de 20 ans, obligé de le réduire par pressions, le malade a toujours eu de la diarrhée et à partir de 17 ans de l'incontinence. Le prolapsus ne se pro-

duit que pendant la défécation et jamais dans les autres efforts, mêmes ceux très violents de son métier de boucher qui l'oblige à manier d'épais quartiers de viande.

L'accident qui l'amène à l'hôpital se produit en allant à la selle le matin, le malade ne put réduire son prolapsus. Il se présentait sous la forme d'une grosse masse rougeâtre avec quelques plaques exulcérées, pas de sphacèle, un sillon à la partie antérieure tandis qu'à la partie postérieure le rectum est retourné jusqu'à l'anus. Une première tentative de réduction sous anesthésie ne donne pas de résultat. On fait de la compression avec une bande élastique et après diminution on arrive à le réduire. Cerclage de l'anus pour éviter une récurrence par un fil d'argent serré autour d'un doigt. Suites simples; mais par l'opération de THIERSCH on n'espère pas maintenir ce résultat et la colopexie est pratiquée le 30 octobre. Le malade sort 25 jours après, revient quelques temps plus tard pour des picotements à l'anus. Le fil d'argent avait perforé la peau en deux points et était à nu. Je le coupai et l'enlevai. Revu en mars 1912, c'est-à-dire 4 ans et 4 mois et demi après son opération. Le prolapsus ne s'est pas reproduit malgré les violents efforts que le malade fait journellement dans sa profession. A toujours de la diarrhée, mais plus d'incontinence. A l'examen l'anus est très nettement infundibuliforme et largement dilaté; on y introduirait facilement deux doigts. Le sphincter externe et le releveur ont perdu une grande partie de leur tonicité et se contractent faiblement.

OBSERVATION XXII

(résumé)

Voivenel (in thèse Delon).

Joseph C..., chiffonnier, 47 ans, usé par la misère. Gâtéux.

Se présente avec un prolapsus gros comme une orange en forme de cône tronqué dont le sommet est occupé par l'orifice anal. Présence d'un sillon circonférentiel. Muqueuse humectée de mucosités concrètes, ulcérée par endroits. Le 20 mai intervention (Voivenel) rachistovainisation. Réduction facile. Opération de THIERSCH mais en remplaçant le fil d'argent par du catgut. Malade constipé 5 jours. Le 30 mai, le malade sort sur sa demande; défèque régulièrement. Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION XXIII

(résumé)

Professeur Bauby (in thèse Delon).

B..., interné à Braqueville depuis 1894, est trouvé porteur d'un prolapsus du rectum au mois de juin 1906. Il est impossible de savoir quand et comment cela a débuté. Le Professeur Bauby, chirurgien de l'asile, est appelé et se trouve en présence d'un prolapsus du volume d'un poing; il fait l'intervention de THIERSCH avec un fil d'argent. Le résultat est excellent et le malade ne présente aucun trouble du côté de son anus. Le prolapsus est très bien réduit et n'a aucune tendance à reparaitre 9 mois après l'intervention.

OBSERVATION XXIV

(résumé)

Professeur agrégé Proust (in Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1913).

Femme 48 ans, atteinte depuis 7 ans d'un prolapsus rectal (hémorroïde dans la partie antérieure). Colopexie le 26 mars 1912. 2 mois après on observe une légère éversion de la muqueuse. Cerclage au fil d'argent. Guérison constatée un an après. La radiographie montre que le fil d'argent n'est pas rompu.

CONCLUSIONS

I. — La méthode de THIERSCH se propose, par l'opération insignifiante qu'est le cerclage sous-cutané de l'anus, d'empêcher l'issue des prolapsus du rectum.

II. — Elle agit à la façon d'un pessaire qui serait inclus dans les tissus. C'est un procédé palliatif plus qu'il ne s'adresse à la cause du prolapsus.

III. — L'ignorance où nous restons des causes précises du prolapsus, qui sont vraisemblablement multiples, comme aussi la gravité et l'infidélité des opérations basées sur la pathogénie, justifient, au moins à titre d'essai, une opération aussi simple et aussi exempte de risques qu'est le cerclage de l'anus. Certains points de technique paraissent fort importants et devront être tranchés par une expérimentation plus complète. Ils visent : la nature du fil, sa profondeur dans les tissus, le calibre du cercle.

IV. — Peu séduisante à priori par sa conception simpliste, elle a surpris par ses résultats beaucoup de chirurgiens qui l'avaient essayée sans enthousiasme.

a) chez les vieillards et les cachectiques elle est, en raison de sa bénignité, l'intervention de choix; elle ne nécessite pas l'anesthésie générale et n'expose le malade à aucun accident.

b) chez l'enfant, dans les rares cas où il faut intervenir chirurgicalement, elle est le procédé le plus recommandable.

c) chez l'adulte les résultats tels qu'ils sont justifient un usage plus fréquent de la méthode dont les rares accidents : fistulisation, gêne de la défécation, récurrence du prolapsus, n'ont d'autre inconvénient que d'obliger à enlever le fil et à s'adresser à une opération plus importante.

Vu:
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer.

Lyon, le 15 juin 1920

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

DELBET Pierre. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Mai 1913.

DELON. — Traitement du prolapsus du rectum par la méthode de Thiersch. (*Thèse Toulouse* 1907).

DUVAL Pierre. — Pathologie chirurgicale.

FORGUE. — Pathologie externe.

LENORMANT Charles. — Le prolapsus du rectum, cause et traitement opératoire. (*Thèse Paris* 1903).

— Note sur 11 cas de prolapsus traités chirurgicalement. *Presse médicale*. N° 37, mai 1912.

— Discussion Société de Chirurgie de Paris, 1913.

MALESPINE Henri. — Prolapsus du rectum. Opération de Thiersch. (*Thèse Toulouse* 1913).

MAUCLAIRE. — B. et M. de la Société de Chir. de Paris, mai 1913.

MONTPROFIT. — — —

OMBRÉDANE. — — —

PICQUÉ. — Rapport sur l'opération de Tiersch. Société de Chirurgie de Paris. Janvier 1906.

PROUST. — Observation de colopexie et opération de Thiersch.
(B. et M. de la Société de Chirurgie de Paris, 1913)

QUÉNU. — Rapport sur une observation du Docteur Guibé.
Société de Chirurgie de Paris, 1912).

— Rapport sur un travail de Lenormant. (Société de
Chirurgie de Paris, 1912).

— Rapport sur une observation de Proust. (Société de
Chirurgie de Paris, 1913).

SAVARIAUD. — B. et M. de la Société de Chirurgie de Paris, 1913.

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.

THIERSCH. — Communication au congrès des médecins et
naturalistes allemands à Halle. (1891).





